

Accesibilidad digital para el derecho a la salud: evaluación preliminar de plataformas sanitarias en la Ciudad de Buenos Aires

Digital Accessibility for the Right to Health: Preliminary Evaluation of Healthcare Platforms in the City of Buenos Aires

Acessibilidade digital para o direito à saúde: avaliação preliminar de plataformas de saúde na Cidade de Buenos Aires



Brenda Yohena Tanoni¹ (ORCID: 0009-0002-9708-1291)

María Ximena Romero García¹ (ORCID: 0009-0001-9226-2379)

Contacto

Brenda Yohena Tanoni - Email: brendatanoni@kyoseiaccessibilidad.com

Filiaciones

1. Kyosei Accesibilidad, Argentina.

Fecha de recepción: 20-03-2026

Fecha de aceptación: 11-05-2026

Citar como

Tanoni BY, Romero García MX. *Accesibilidad digital para el derecho a la salud: evaluación preliminar de plataformas sanitarias en la Ciudad de Buenos Aires*. Desde Acá. 2026; 6: p-p. 110-127



Resumen

La digitalización del sistema sanitario transformó el acceso a la salud, pero sin accesibilidad web, estas plataformas se convierten en barreras excluyentes. Este estudio empírico preliminar evalúa el cumplimiento de criterios críticos de las Pautas de Accesibilidad para el Contenido Web (WCAG) en 34 plataformas de salud públicas y privadas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Mediante pruebas manuales focalizadas en operabilidad y perceptibilidad, se analizó su impacto en personas con discapacidad visual, motriz y auditiva. Los resultados evidencian un incumplimiento sistémico de la Ley 26.653: ninguna institución alcanzó el 100% de adecuación mínima indispensable,

registrando varias un cumplimiento nulo. Se concluye que la inaccesibilidad digital vulnera el derecho a la salud y la autonomía del paciente. Resulta urgente la intervención estatal y la adopción del Diseño Universal para garantizar una salud digital equitativa.

Palabras clave: Accesibilidad digital, salud digital, derechos del paciente, diseño universal, discapacidad.

Abstract

The digitalization of the healthcare system transformed health access, but without web accessibility, these platforms become exclusionary barriers. This preliminary empirical study evaluates compliance with critical Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) criteria across 34 public and private health platforms in the Autonomous City of Buenos Aires. Through manual testing focused on operability and perceivability, their impact on people with visual, motor, and auditory disabilities was analyzed. Results evidence a systemic non-compliance with Law 26,653: no institution achieved 100% of the minimum indispensable adequacy, with several registering zero compliance. It is concluded that digital inaccessibility violates the right to health and patient autonomy. State intervention and the adoption of Universal Design are urgently needed to guarantee equitable digital health.

Keywords: Digital accessibility, digital health, patient rights, universal design, disability.

Resumo

A digitalização do sistema de saúde transformou o acesso à saúde, mas sem acessibilidade web, essas plataformas tornam-se barreiras excludentes. Este estudo empírico preliminar avalia o cumprimento de critérios críticos das Diretrizes de Acessibilidade para Conteúdo Web (WCAG) em 34 plataformas de saúde públicas e privadas da Cidade Autônoma de Buenos Aires. Por meio de testes manuais focados na operabilidade e perceptibilidade, analisou-se seu impacto em pessoas com deficiência visual, motora e auditiva. Os resultados evidenciam um descumprimento sistêmico da Lei 26.653: nenhuma instituição alcançou 100% de adequação mínima indispensável, com várias registrando cumprimento nulo. Conclui-se que a inacessibilidade digital viola o direito à saúde e a autonomia do paciente. É urgente a intervenção estatal e a adoção do Desenho Universal para garantir uma saúde digital equitativa.

Palavras-chave: Acessibilidade digital, saúde digital, direitos do paciente, desenho universal, deficiência.



Accesibilidad digital para el derecho a la salud: evaluación preliminar de plataformas sanitarias en la Ciudad de Buenos Aires



Brenda Yohena Tanoni y María Ximena Romero García

Introducción

El sistema de salud atraviesa actualmente una profunda transformación digital. En este contexto, resulta imperativo evaluar si las plataformas sanitarias emergentes responden verdaderamente a las necesidades de todos los pacientes. Si bien Argentina cuenta con un sólido marco normativo —así como con organismos de control— diseñado para garantizar que los entornos web y el acceso a la información respeten los estándares de accesibilidad, la brecha tecnológica persiste en la práctica.

Resulta fundamental prevenir que las barreras técnicas limiten el acceso a la atención médica de las personas con discapacidad, quienes representan una proporción significativa de la población. Para dimensionar este impacto poblacional, cabe destacar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que un 15% de la población global vive con algún tipo de discapacidad¹. En el caso de Argentina, las estimaciones rondan los 5 millones de personas, aunque el registro oficial a través del Certificado Único de Discapacidad (CUD) solo alcanza a unas 1,6 millones de personas, lo que representa cerca del 3,46% de la población actual². Restringir la autonomía digital de estos pacientes significa, en los hechos, negarles el derecho a la salud a un sector demográfico que ya atraviesa múltiples inequidades y vulnerabilidades.

Para abordar esta problemática de manera rigurosa, es necesario apartarse del modelo médico tradicional y adoptar la perspectiva del modelo social. Este paradigma establece que la discapacidad no es un atributo inherente a la persona, sino que surge de la interacción entre las deficiencias individuales y las barreras del entorno —ya sean físicas, actitudinales o tecnológicas— que impiden una participación plena en la sociedad³. En el ecosistema de la salud digital, dicha barrera se materializa cuando una interfaz no está concebida bajo los principios del Diseño Universal. Así, el verdadero impedimento para el acceso no es la condición particular del usuario (como podría ser una discapacidad visual o motriz), sino el portal web estructurado con un diseño deficiente.





En este sentido, es fundamental comprender que la accesibilidad no es una cualidad subjetiva, sino un parámetro medible a través de estándares internacionales, específicamente las Pautas de Accesibilidad para el Contenido Web (WCAG)⁴. La aplicación y la auditoría rigurosa bajo estos criterios técnicos y objetivos constituyen la única garantía para tender un puente efectivo entre el paciente y el sistema de salud. Por consiguiente, el presente trabajo tiene como objetivo principal auditar la accesibilidad de 34 plataformas pertenecientes a instituciones de salud radicadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a fin de diagnosticar el estado actual de cumplimiento de la normativa vigente y visibilizar los obstáculos operativos existentes.

Marco teórico

La accesibilidad digital no debe comprenderse como una característica añadida, sino como un pilar fundamental del Diseño Universal aplicado a la tecnología⁵. Este paradigma sostiene que los entornos, productos y servicios deben poder ser utilizados por todas las personas, en su máxima extensión posible, sin necesidad de adaptación o diseño especializado. En el ecosistema web, esto se operativiza a través de estándares internacionales objetivos, particularmente las Pautas de Accesibilidad para el Contenido Web (Web Content Accessibility Guidelines - WCAG)^{4,6}. El cumplimiento de estos criterios técnicos asegura que las interfaces sean perceptibles, operables, comprensibles y robustas para cualquier usuario, garantizando la compatibilidad con tecnologías de apoyo (como lectores de pantalla o sistemas de navegación por teclado). Cuando estos estándares se ignoran en una plataforma de salud, la interfaz misma se convierte en un agente discapacitante.

La salud digital (o *eHealth*) representa la convergencia de las tecnologías de la información con la atención médica. Las plataformas sanitarias —portales de pacientes, aplicaciones de telemedicina y sistemas de historia clínica electrónica— han dejado de ser meras herramientas de conveniencia para convertirse en la puerta de entrada principal, y a veces exclusiva, al sistema de salud. Esta digitalización traslada la “sala de espera” al entorno virtual. No obstante, cuando estas interfaces presentan barreras de código o diseño, pueden generar un efecto de exclusión. En este escenario, la salud digital ve limitado su alcance equitativo, condicionando el acceso de los pacientes a sus capacidades funcionales para interactuar con los dispositivos.

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental con jerarquía Constitucional en la Argentina. En el contexto de la digitalización, este derecho se encuentra intrínsecamente ligado al acceso a la información. El marco normativo que respalda esta intersección bajo la Convención Internacional de las Personas con Discapacidad (Ley 26.378 y 27.044), la Ley Nacional de Accesibilidad

de la Información en las Páginas Web (**Ley 26.653**)^{7,8,9}, la Ley de Accesibilidad de CABA (**Ley 6086**), la Ley de Derechos del Paciente (Ley 26.529) y la Ley de Medicina Prepaga (Ley 26.682)¹⁰.

En estricta consonancia con este plexo normativo, la jurisprudencia ha ratificado la operatividad de estos estándares. Al respecto, en el marco de un amparo colectivo sobre la accesibilidad del Portal Digital del Poder Judicial de la Nación (Fallo *Barraza*), el Juzgado Contencioso Administrativo Federal N° 3¹¹ dictaminó que los derechos fundamentales que consagran la accesibilidad de las personas con discapacidad a las páginas web no son meras declaraciones, sino normas jurídicas operativas, estableciendo que la inaccesibilidad digital constituye una “barrera discriminatoria”. Asimismo, desde una perspectiva interseccional, los organismos de derechos humanos advierten que las mujeres y niñas con discapacidad enfrentan barreras agravadas en el acceso a la información sobre su salud integral^{12, 13}.

Una plataforma inaccesible fuerza a una persona con discapacidad a depender de terceros para gestionar un turno, leer un diagnóstico o solicitar medicación, anulando su autonomía y vulnerando su privacidad, o simplemente no poder acceder. Violentando sus derechos humanos básicos y constituyendo un acto de discriminación sistemática^{13, 14}.

Desde un enfoque crítico, la tecnología no es neutral; a menudo reproduce y amplifica las asimetrías de poder y las exclusiones del mundo físico. La “brecha digital” en Argentina no se limita únicamente al acceso a la conectividad o a dispositivos (brecha de primer orden), sino que se manifiesta de forma aguda en la usabilidad y accesibilidad de las interfaces (brecha de segundo orden). En el contexto regional, la falta de accesibilidad digital en el sistema de salud representa una barrera estructural significativa para las personas con discapacidad. El diseño tecnológico que omite las diversidades corporales, sensoriales y cognitivas tiende a basarse en un modelo de “usuario estándar”, lo que dificulta la participación de quienes tienen requerimientos diferentes. En consecuencia, la implementación de estándares de accesibilidad en estas plataformas es un paso necesario para avanzar hacia la equidad en la atención sanitaria.

Metodología

Diseño del estudio y muestra

El presente trabajo se estructuró bajo un diseño descriptivo, transversal y exploratorio. La evaluación se llevó a cabo mediante pruebas manuales sobre una muestra no probabilística de 34 plataformas web de salud con domicilio legal u operativo en CABA (hospitales públicos y privados, obras sociales, prepagas, centros de diagnóstico e institutos especializados). Se audité la página de inicio (*landing page*) y los flujos críticos de trámites para el paciente.



Criterios de evaluación y procedimiento: La auditoría se enfocó de manera exclusiva en requisitos críticos de las WCAG 2.1 y 2.2 que comprometen la operatividad básica del sitio (Texto Alternativo 1.1.1, Nombre, Función y Valor 4.1.2, Accesibilidad por Teclado 2.1.1, Contraste 1.4.3, entre otros)^{4,6}.

Para la recolección de datos, se elaboró y aplicó una matriz de evaluación estandarizada a cada una de las 34 plataformas. Resulta imperioso aclarar que para las pruebas se adoptó una conducta estrictamente binaria. Al tratarse de puntos críticos, no se tomó como cumplido un requisito si este no se cumplía al 100% en cada página evaluada. Esta decisión metodológica se fundamenta en la necesidad de simplificar el análisis de los datos, pero primordialmente por considerar a estos criterios como elementos vitales y excluyentes para la inclusión y accesibilidad real. Por lo tanto, se asignó un valor de 1 (cumplido) solo ante la adecuación total y absoluta del criterio en la interfaz, y 0 (no cumplido) ante cualquier falla, sin contemplar valores intermedios para cumplimientos parciales.

Perfiles de usuarios evaluados

Para garantizar una evaluación representativa de las barreras de acceso, el análisis se modeló considerando las necesidades de cuatro perfiles específicos de pacientes-usuarios:

1. **Personas ciegas:** dependientes del uso de software lector de pantalla para la navegación y comprensión del entorno.
2. **Personas con baja visión:** usuarias de herramientas de ampliación (zoom), configuraciones de alto contraste y reajuste visual del contenido (*reflow*).
3. **Personas sordas o con hipoacusia:** con necesidad de subtítulo, alternativas textuales para contenido sonoro e interpretación en Lengua de Señas.
4. **Personas con discapacidad motriz:** dependientes del uso exclusivo del teclado (sin ratón), requiriendo un foco de navegación visible y un tamaño mínimo en los objetivos interactivos.

Criterios de evaluación

La auditoría no abarcó la totalidad de las Pautas de Accesibilidad para el Contenido Web (WCAG 2.2)^{4,6}, sino que se enfocó de manera exclusiva en requisitos críticos que comprometen la operatividad del sitio. Los criterios evaluados y su fundamentación son los siguientes:





- **Texto Alternativo (1.1.1 – Nivel A):** Permite que las personas ciegas comprendan el propósito de imágenes, iconos y elementos gráficos mediante sus lectores de pantalla.
- **Nombre, Función y Valor (4.1.2 – Nivel A):** Garantiza que el código de los componentes interactivos comunique correctamente su estado y propósito a las tecnologías asistivas.
- **Orden de Lectura (1.3.2 – Nivel A):** Asegura que el contenido estructural siga un orden lógico y secuencial cuando es interpretado por un lector de pantalla.
- **Identificación del Propósito de la Entrada (1.3.5 – Nivel AA):** Facilita la comprensión y el autocompletado de los campos de ingreso de datos en formularios.
- **Contraste de Colores (1.4.3 – Nivel AA):** Fundamental para asegurar la legibilidad del texto en personas con baja visión o daltonismo.
- **Reflow / Reajuste (1.4.10 – Nivel AA):** Permite que el contenido se adapte a la pantalla al aplicar un nivel alto de zoom (hasta 400%) sin que exista pérdida de información o funcionalidad.
- **Contraste de Elementos No Textuales (1.4.11 – Nivel AA):** Mejora la percepción visual de controles de interfaz, iconos y botones esenciales.
- **Apariencia del Foco (2.4.11 – Nivel AA):** Indispensable para que los usuarios de teclado puedan identificar visualmente en qué elemento interactivo se encuentran posicionados.
- **Subtítulos pregrabados (1.2.2 – Nivel A):** Necesarios para garantizar que las personas sordas puedan acceder a la información de los contenidos audiovisuales.
- **Interpretación en Lengua de Señas (1.2.6 – Nivel AAA):** Criterio recomendado para proporcionar un nivel de accesibilidad avanzado e inclusivo para la comunidad sorda.
- **Alternativa para Audio (1.2.1 – Nivel A):** Permite acceder mediante texto a la información que se transmite de forma exclusivamente sonora.
- **Accesibilidad por Teclado (2.1.1 – Nivel A):** Requisito crítico y excluyente para personas con movilidad reducida que no pueden operar un dispositivo de apuntado (ratón).

- **Sin Trampas para el Foco (2.1.2 – Nivel A):** Evita que el usuario quede atrapado lógicamente en un componente de la interfaz sin poder avanzar o retroceder mediante el teclado.
- **Orden del Foco (2.4.3 – Nivel A):** Garantiza una experiencia de navegación secuencial y coherente al tabular por la página.
- **Área de Objetivo Mínima 24×24 (2.5.8 – Nivel AA):** Facilita la interacción y reduce el margen de error para personas con limitaciones motrices finas.

Los otros 71 criterios no fueron evaluados, pese a su gran importancia por requerir mayores recursos que los disponibles para poder completar las pruebas.

Procedimiento de evaluación

Para la recolección de datos, se elaboró y aplicó una matriz de evaluación estandarizada a cada una de las 34 plataformas. En esta matriz, cada criterio técnico fue clasificado bajo una lógica binaria y fraccional: se asignó un valor de 1.0 cuando el requisito se consideró plenamente “cumplido”, 0.0 cuando figuró como “no cumplido”, y no se contemplaron valores intermedios para cumplimientos parciales, según la incidencia de la barrera en la interfaz.

Durante el procedimiento, la evaluación técnica se limitó a las páginas principales y a los flujos críticos de información pública, priorizando la detección de los obstáculos descritos anteriormente.

Consideraciones éticas y limitaciones del estudio

El desarrollo de esta investigación presentó ciertas limitaciones operativas. En primer lugar, la evaluación se restringió a las áreas públicas de las plataformas, sin poder acceder a los portales de pacientes internos (historias clínicas, resultados de estudios) debido a las barreras de acceso en sistemas cerrados o con requerimiento de inicio de sesión (*login* obligatorio). En segundo lugar, como se mencionó anteriormente, la centralización de la información de los hospitales públicos porteños en un único portal gubernamental impidió auditar la infraestructura digital particular de cada nosocomio.

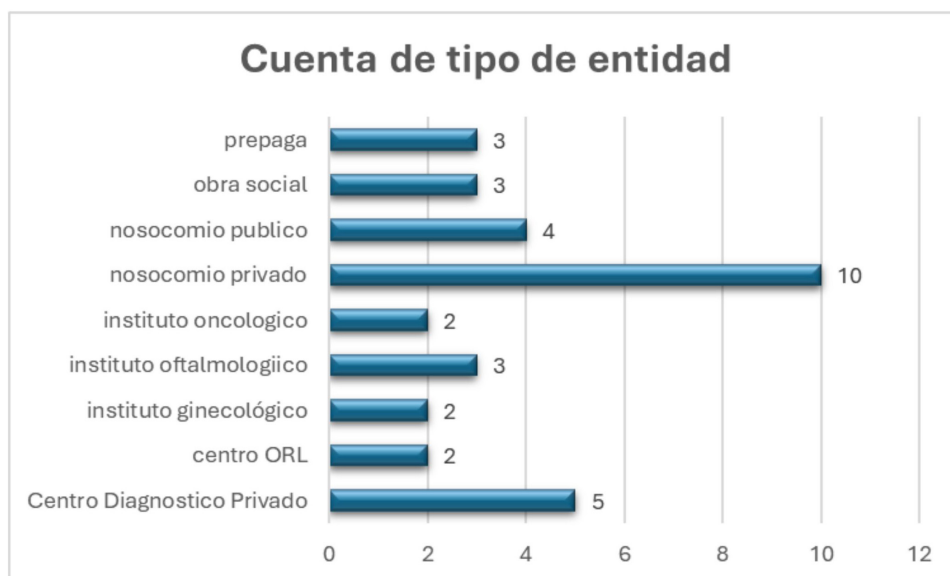
A pesar de estas limitaciones, el estudio se inscribe bajo la premisa ética ineludible de que la accesibilidad digital no constituye un mero atributo de calidad del software, sino un derecho humano inalienable. Garantizar la accesibilidad en estos entornos es una condición fundamental e indelegable para asegurar un acceso equitativo al sistema de salud y proteger la autonomía de los grupos vulnerados.



Resultados

Los resultados de la auditoría revelan un déficit crítico generalizado en la accesibilidad digital de las plataformas de salud evaluadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El análisis de las 34 plataformas muestra que ninguna de las instituciones alcanzó un cumplimiento total (100%) de los requisitos mínimos indispensables. El nivel general de accesibilidad es sumamente deficiente: el porcentaje de cumplimiento más alto registrado fue de apenas un 67% (correspondiente a un nosocomio público), mientras que cuatro plataformas (11,7% de la muestra, incluyendo institutos oftalmológicos, oncológicos y centros de diagnóstico) registraron un cumplimiento nulo (0%), evidenciando barreras absolutas en todos los criterios evaluados.

Gráfico 1. Composición de la muestra de plataformas sanitarias evaluadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=34).



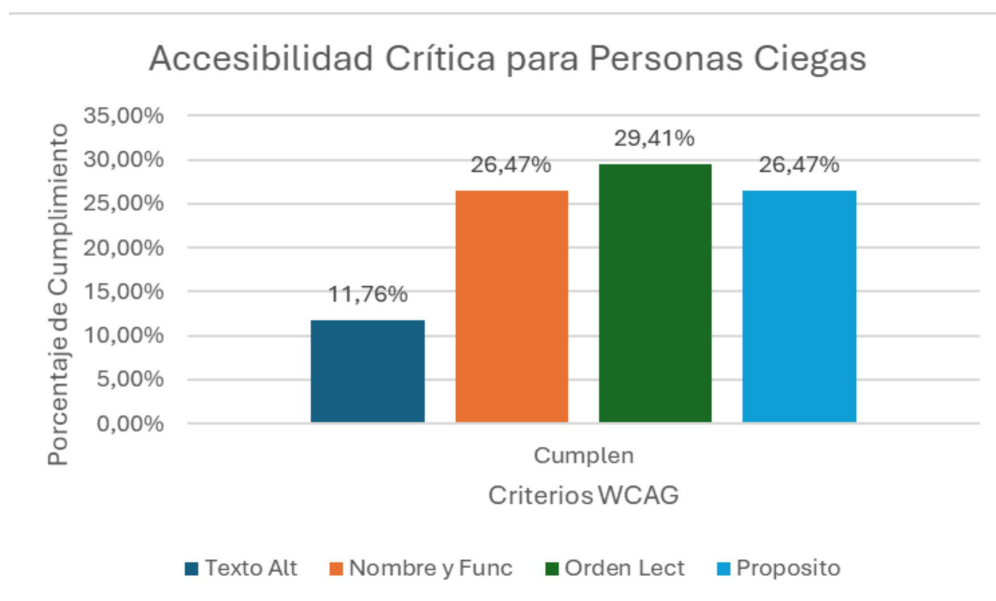
El gráfico detalla la distribución de los portales web analizados según la tipología de la institución de salud. La muestra abarca prestadores del sector público (nosocomios públicos: 4) y privado (nosocomios privados: 10, centros de diagnóstico: 5), obras sociales (3), empresas de medicina prepaga (3) e institutos médicos especializados (oncológicos: 2, oftalmológicos: 3, ginecológicos: 2, otorrinolaringología: 2).

A continuación, se detallan los hallazgos organizados según el nivel de impacto en los cuatro perfiles de usuarios establecidos en la metodología.

1. **Impacto en personas ciegas (Usuarios de lector de pantalla)** Las barreras de acceso a la información para personas ciegas son generalizadas. El criterio de **Texto Alternativo (1.1.1)**, fundamental para la comprensión de imágenes e íconos, fue incumplido por 30 de las 34 plataformas (88,2%). Solo cuatro sitios lo implementaron correctamente. Respecto a la operatividad, el criterio de **Nombre, Función y Valor (4.1.2)**, necesario para que el lector de pantalla anuncie qué hace cada botón

o enlace, fue cumplido por solo 9 plataformas (26,47%). Asimismo, se observaron fallas recurrentes en el **Orden de Lectura (1.3.2)**, cumplido en solo 10 sitios, y en la **Identificación del Propósito de la Entrada (1.3.5)** en los formularios (ej. solicitud de turnos o datos personales), donde únicamente 9 plataformas (26,47%) facilitaron el autocompletado y la identificación de campos asistida.

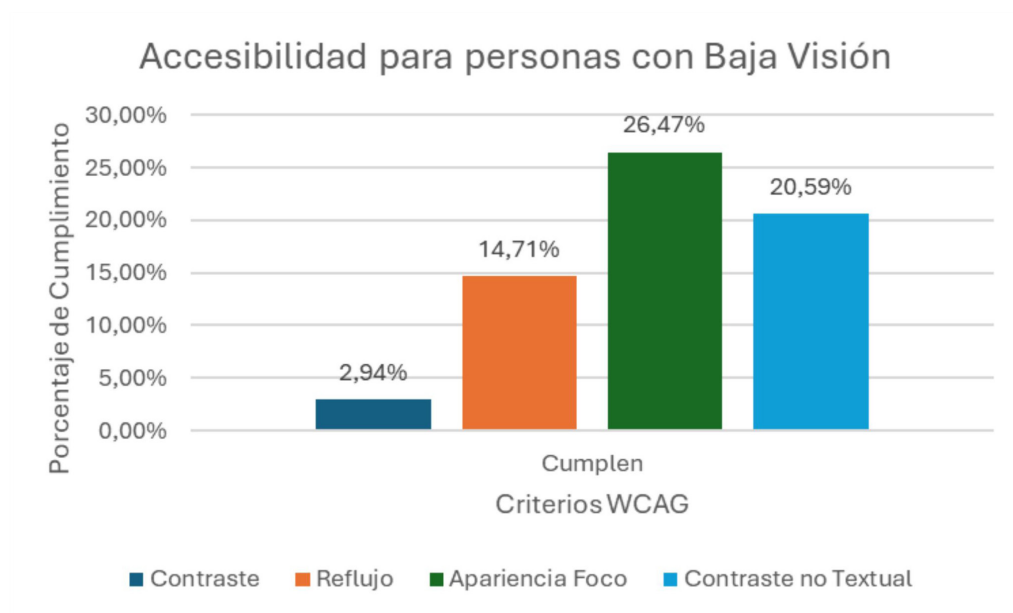
Gráfico 2. Nivel de cumplimiento de los criterios críticos de accesibilidad para personas ciegas.



Se expone el porcentaje de adecuación de las 34 plataformas evaluadas respecto a los requisitos operativos indispensables para usuarios de lectores de pantalla. Los resultados muestran un déficit generalizado: solo el 11,76% cumple con la provisión de Texto Alternativo, mientras que la correcta codificación de Nombre y Función, y del Propósito de Entrada alcanzan apenas un 26,47% de cumplimiento.

- Impacto en personas con baja visión** El diseño visual de las plataformas presentó obstáculos casi insalvables para usuarios con visión reducida o daltonismo. El requisito de **Contraste de Colores (1.4.3)** para textos presentó el mayor nivel de reprobación de todo el estudio: 33 de las 34 plataformas (97%) no alcanzaron la ratio mínima de contraste requerida. El único sitio que cumplió con este estándar fue un nosocomio público. La adaptabilidad del contenido también es deficiente. Al aplicar el **Reflujo/Reflow (1.4.10)** (ampliación del 400%), solo 5 plataformas permitieron una navegación sin pérdida de información o funcionalidad. La **Apariencia del Foco (2.4.11)** y el **Contraste de Elementos No Textuales (1.4.11)** mostraron niveles de cumplimiento del 20,5% y 26,47%, respectivamente, dificultando severamente la ubicación visual de cursores y botones de acción.

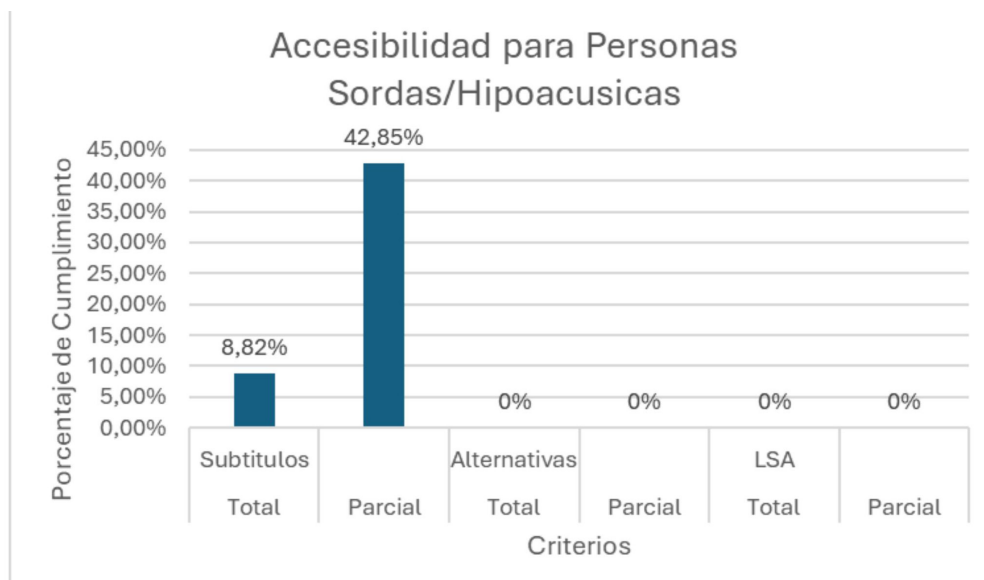
Gráfico 3. Adecuación de los entornos web según los requerimientos de personas con baja visión.



El gráfico ilustra los bajos porcentajes de cumplimiento en los criterios visuales y de adaptabilidad establecidos por las pautas WCAG. Se destaca una barrera casi absoluta en el Contraste de colores, con solo un 2,94% de cumplimiento. Asimismo, se observan niveles críticos de inaccesibilidad en la capacidad de Reflujo o adaptación de la pantalla (14,71%), el Contraste de elementos no textuales (20,59%) y la Apariencia del foco (26,47%)

- Impacto en personas sordas o con hipoacusia** La evaluación de este perfil estuvo supeditada a la presencia de contenido multimedia (audio y video) en las plataformas. Un número significativo de sitios (27 de 34) no presentó contenido audiovisual en sus flujos críticos de información, por lo que estos criterios no fueron aplicables. Sin embargo, en las 7 plataformas que sí contaban con videos o audios institucionales/tutoriales, el nivel de accesibilidad fue nulo o altamente deficiente. Tres sitios presentaron un cumplimiento parcial al incluir **Subtítulos pregrabados (1.2.2)**, pero ninguna plataforma ofreció **Alternativas para Audio (1.2.1)** (transcripciones de texto) y en ningún caso se implementó **Interpretación en Lengua de Señas (1.2.6)**, evidenciando una exclusión total de la comunidad sorda usuaria de esta lengua.

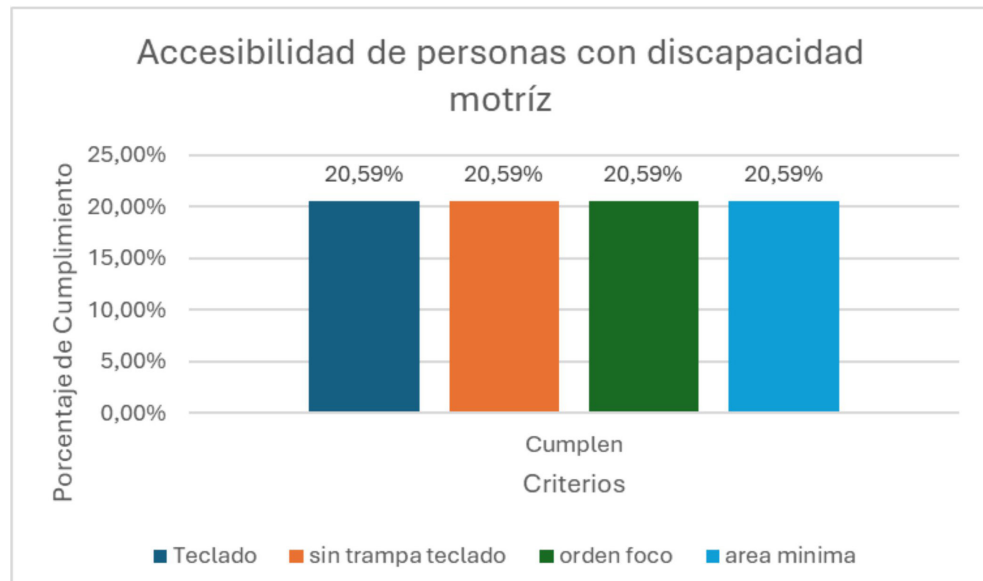
Gráfico 4. Evaluación de la accesibilidad en contenidos multimedia para personas sordas o con hipoacusia.



Los datos reflejan la disponibilidad de herramientas de accesibilidad en los sitios que presentan flujos de información audiovisual. Se constata la presencia de subtítulos pregrabados únicamente en el 8,82% del total de la muestra (equivalente al 42,85% de los portales que sí incluyen contenido multimedia). Adicionalmente, se evidencia una ausencia total (0%) en la provisión de alternativas textuales para audios y de interpretación en Lengua de Señas.

- 4. Impacto en personas con discapacidad motriz (Navegación por teclado)** Los resultados en este perfil muestran una marcada disparidad entre la interfaz gráfica y la funcionalidad estructural. Por un lado, el **Área de Objetivo Mínima 24x24 (2.5.8)** fue el criterio con mayor nivel de acatamiento de todo el estudio: 22 de las 34 plataformas (64,7%) presentaron botones y enlaces de tamaño adecuado. Esto se debe, presumiblemente, a la estandarización del diseño adaptativo (responsivo) para teléfonos móviles, que favorece áreas táctiles más amplias, beneficiando indirectamente a personas con motricidad fina reducida. Sin embargo, esta ventaja gráfica se anula al evaluar la funcionalidad de fondo: solo 7 plataformas (20,5%) garantizaron la **Accesibilidad por Teclado (2.1.1)** básica. La gran mayoría exige obligatoriamente el uso del ratón, dejando inoperativos los procesos de solicitud de turnos o descargas de estudios para quienes dependen de comandos de teclado. Además, en las plataformas operables, solo 6 cumplieron con mantener un **Orden del Foco (2.4.3)** coherente, y en 8 casos se detectaron **Trampas para el Foco (2.1.2)**, donde el usuario queda “atrapado” en un menú o ventana emergente sin posibilidad de salir.

Gráfico 5. Evaluación de la accesibilidad operativa para personas con discapacidad motriz.



El cumplimiento mínimo de requisitos es menor al 25% (20.59%) para todos los elementos evaluados: accesibilidad por teclado, sin trampas de teclado, orden de foco respetado, elementos con área mínima.

Análisis por Tipo de Entidad

El desglose de los resultados según la tipología de las 34 instituciones evaluadas revela un panorama heterogéneo, aunque enmarcado en un déficit generalizado. Se observan marcadas asimetrías entre el sector público, el sector privado de cartillas médicas y los institutos especializados.

Nosocomios Públicos: El mayor índice de cumplimiento, pero insuficiente

Los hospitales públicos (4 plataformas evaluadas) conformaron el subgrupo con mejor rendimiento relativo del estudio. De este sector provienen tres de los puntajes más altos de la muestra general (67%, 47% y 42%), promediando un nivel de cumplimiento cercano al 43%. Este fenómeno puede atribuirse a que muchas de estas plataformas operan bajo plantillas e infraestructuras web estandarizadas por el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, las cuales incorporan ciertos lineamientos básicos de accesibilidad en su código fuente (como el contraste de colores o etiquetas de formulario). Sin embargo, el 17% obtenido por una de las instituciones demuestra que la descentralización de ciertos portales sigue generando brechas críticas. En ningún caso se alcanzó el estándar necesario para garantizar plena autonomía a los pacientes.





Medicina Prepaga y Obras Sociales: Disparidad en el financiamiento

Las empresas de medicina prepaga (3 plataformas) evidenciaron un rendimiento intermedio-alto en comparación con la media, con niveles de cumplimiento del 58%, 42% y 17%. Estos resultados sugieren que, si bien existe una mayor inversión en el desarrollo de interfaces y experiencia de usuario (UX), esta no se traduce de manera sistemática en accesibilidad (AX). Las fallas se concentraron en la operatividad por teclado y la compatibilidad con lectores de pantalla.

Por su parte, las Obras Sociales (3 plataformas evaluadas) mostraron una disparidad alarmante: mientras una alcanzó un 42% de cumplimiento, las dos restantes registraron apenas un 8%, ubicándose entre los peores desempeños del estudio. Esto evidencia una severa falta de auditoría técnica en plataformas que dan cobertura a una porción mayoritaria de la población trabajadora.

Nosocomios Privados y Centros de Diagnóstico: Barreras generalizadas

Los nosocomios privados representaron el grupo más numeroso de la muestra (10 plataformas). Sus resultados denotan una extrema irregularidad: si bien dos instituciones alcanzaron un 50% de cumplimiento, el 80% restante reprobó drásticamente, con cinco plataformas por debajo del 20% y una registrando un cumplimiento nulo (0%).

Una tendencia similar y aún más crítica se observó en los Centros de Diagnóstico Privado (5 plataformas). En este subgrupo, fundamental para la medicina preventiva y el acceso a resultados de estudios complementarios, cuatro de las cinco plataformas evaluadas no superaron el 13% de cumplimiento (registrando puntajes de 13%, 8%, 8% y 0%). La principal barrera detectada en este sector fue la imposibilidad de operar el sitio de forma no visual, impidiendo a los pacientes acceder a sus propios estudios médicos con privacidad.

Institutos Especializados: La paradoja de la exclusión clínica

El hallazgo más alarmante del estudio radica en el desempeño de los institutos médicos especializados, donde se evidenció una profunda desconexión entre la especialidad médica abordada y el diseño de sus entornos digitales:

- **Institutos Oftalmológicos (3 plataformas):** A pesar de atender directamente a una población con patologías visuales, sus plataformas no superaron la barrera del 33% (registrando 33%, 25% y 0%). Fallaron sistemáticamente en el contraste de colores, la implementación de texto alternativo y el reflujo de pantalla (zoom), excluyendo de forma directa a su propio público objetivo (personas con baja visión o ceguera).
- **Institutos Oncológicos (2 plataformas):** Registraron un desempeño crítico (13% y 0%). Las plataformas de estas entidades, que gestionan pacientes en situaciones de

alta vulnerabilidad física y emocional, carecen de las adaptaciones mínimas para facilitar la navegación a personas con fatiga extrema o limitaciones motrices adquiridas.

- **Centros ORL y Ginecológicos:** Los centros de Otorrinolaringología (2 plataformas) promediaron apenas un 17% de cumplimiento, careciendo de alternativas textuales o subtítulos para sus contenidos. Los institutos ginecológicos (2 plataformas) mostraron una polarización total, con una institución alcanzando el 58% y la otra apenas un 25%.

Discusión

Los hallazgos de este estudio demuestran de manera contundente que la digitalización del sistema de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se está desarrollando de espaldas a la primera minoría del país. El déficit generalizado de accesibilidad en las 34 plataformas evaluadas —donde ninguna alcanza el cumplimiento total de los requisitos críticos y el tope máximo es de apenas un 67%— confirma que la exclusión digital no es un fenómeno aislado o producto de errores técnicos fortuitos, sino una falla sistémica y estructural.

Al analizar estos resultados a la luz del **Modelo Social de la Discapacidad**, queda en evidencia que son las propias interfaces de hospitales, prepagas y centros médicos las que actúan como agentes discapacitantes. Cuando el 88,2% de las plataformas carece de texto alternativo (1.1.1) o el 97% falla en el contraste de colores mínimo (1.4.3), el entorno virtual se convierte en un entorno hostil que anula la autonomía del paciente.

Esta realidad empírica entra en directa colisión con el marco normativo argentino vigente:

- **Vulneración de los Derechos del Paciente (Ley 26.529)¹⁰:** La imposibilidad de navegar de forma autónoma (evidenciada por el hecho de que solo el 20,5% de las plataformas es operable por teclado) obliga a las personas con discapacidad a depender de terceros para gestionar turnos o acceder a diagnósticos. Esta dependencia forzada violenta el derecho a la privacidad, la confidencialidad de los datos médicos y la autonomía de la voluntad.
- **Incumplimiento de la Accesibilidad Web (Ley 26.653 y Ley 5.665 CABA)⁷:** La brecha entre la legislación y la práctica es abismal. A pesar de la obligatoriedad legal de garantizar el acceso a la información digital, instituciones tanto del ámbito público como del privado operan al margen de estos estándares.
- **Falta a las Obligaciones de Cobertura (Ley 26.682):** En el caso de las obras sociales





y prepagas, ofrecer plataformas inaccesibles configura una barrera de entrada a los servicios que los propios afiliados abonan, constituyendo una práctica discriminatoria que restringe el derecho humano a la salud.

Resulta imperioso contextualizar la gravedad de estos incumplimientos en una estricta línea de tiempo. La Ley Nacional 26.653 fue sancionada y promulgada en el año 2010^{5,16}, estableciendo plazos máximos de adecuación de entre doce y veinticuatro meses para todas las páginas web. A lo largo de los dieciséis años transcurridos hasta el presente 2026, el ecosistema sanitario experimentó una digitalización masiva y forzada, cuyo punto de inflexión ineludible fue la pandemia de COVID-19 y el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO)¹⁷ iniciado en 2020.

Durante esta emergencia sanitaria, la demanda de medios digitales alcanzó picos históricos, obligando a las instituciones médicas a actualizar, rediseñar o desarrollar desde cero sus portales de telemedicina, turnos y resultados para garantizar el acceso a la atención. Pese a que las barreras para acceder a la salud se vieron drásticamente agravadas para las personas con discapacidad durante la pandemia, los desarrollos de software implementados ignoraron deliberadamente el mandato legal.

Toda actualización o nueva plataforma lanzada después de 2010 debió poseer, desde sus cimientos arquitectónicos y su código fuente, los estándares de accesibilidad requeridos para cumplir la ley. Por consiguiente, habiendo superado el auge tecnológico de la pandemia y con más de una década y media de vigencia de la norma, no existe excusa temporal, técnica ni económica que justifique su incumplimiento. La persistencia de estas barreras en 2026 sugiere que la falta de accesibilidad trasciende el mero retraso tecnológico, evidenciando una brecha sostenida en el cumplimiento de los marcos normativos de derechos humanos. Resulta particularmente contradictorio el desempeño de los institutos especializados, ya que, si bien abordan clínicamente la condición del paciente, sus plataformas digitales presentan obstáculos que dificultan el acceso de esta misma población al sistema.

Conclusiones

La transformación hacia la salud digital, concebida teóricamente para democratizar y agilizar la atención médica, está operando en la práctica como un filtro segregador. Las plataformas de salud evaluadas no presentan la accesibilidad mínima indispensable que requieren las personas con discapacidad, transformando lo que debería ser un estándar técnico (WCAG 2.2) en una barrera sociosanitaria insalvable.

La limitación de la autonomía en el ecosistema de salud digital representa un riesgo significativo para la salud pública. Las deficiencias en la estructuración del código o en el diseño visual trascienden el ámbito técnico, constituyendo obstáculos concretos para el

acceso a los servicios de atención médica, tanto en el sector público como en el privado, afectando a una amplia cantidad de ciudadanos.

Para revertir esta situación, es imperativo abandonar la concepción de la accesibilidad digital como un aspecto optativo del desarrollo web. Se requiere la intervención activa de los organismos de control del Estado para auditar el cumplimiento de la legislación vigente, así como la capacitación obligatoria de los equipos de desarrollo informático en el sector salud. Mientras el Diseño Universal no sea el cimiento innegociable de toda plataforma sanitaria, el sistema de salud digital seguirá siendo una promesa incumplida, restringida únicamente a quienes encajan en el molde de un usuario estándar y marginando a quienes más necesitan de un acceso oportuno y equitativo.

Referencias

5. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. *Informe mundial sobre la discapacidad 2011*. Ginebra: OMS; 2011. 363 p. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/75356>.
6. inSuit. Accesibilidad digital en Argentina: leyes, desafíos y soluciones [Internet]. 2024 Nov 12 [citado 20 Mar 2026]. Disponible en: <https://www.insuit.net/es/accesibilidad-digital-en-argentina/>
7. Rosales P, director. Discapacidad, Justicia y Estado. Volumen 4: Barreras y propuestas. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones Infojus; 2014.
8. World Wide Web Consortium (W3C), Web Accessibility Initiative (WAI). Sumario de WCAG 2 [Internet]. 2025 [citado 20 Mar 2026]. Disponible en: <https://www.w3.org/WAI/standards-guidelines/wcag/es>
9. Honorable Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Proyecto de Ley: Ley Marco de Garantía y Promoción de Derechos de las Personas con Discapacidad. 2025.
10. Adobe Experience League. Guía rápida de WCAG 2.1 [Internet]. 2025 Nov 5 [citado 20 Mar 2026]. Disponible en: <https://experienceleague.adobe.com/es/docs/experience-manager-65/content/managing/accessibility/qg-wcag>
11. Ley 26.653: Accesibilidad de la Información en las Páginas Web. Boletín Oficial de la República Argentina, 30 Nov 2010.
12. Decreto 656/2019: Aprobación de la reglamentación de la Ley N° 26.653 de Accesibilidad de la Información en las Páginas Web. Boletín Oficial de la República Argentina, 20 Set 2019.





13. Disposición 2/2014: Norma de Accesibilidad Web 2.0. Oficina Nacional de Tecnologías de la Información (ONTI), Jefatura de Gabinete de Ministros, 12 Ago 2014.
14. Legisalud Argentina. Discapacidad: Sistematización de la normativa en discapacidad de la legislación argentina [Internet]. Ministerio de Salud de la Nación [citado 20 Mar 2026]. Disponible en: http://www.legisalud.gov.ar/atlas/discapacidad_data-set.html
15. Barraza, Víctor Javier y otro c/ E.N. y otro s/ amparo ley 16.986. Juzgado Contencioso Administrativo Federal N° 3. Sistema Argentino de Información Jurídica (SAIJ), 13 Abr 2021.
16. Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI). Informe Alternativo sobre la situación de las personas con discapacidad en Argentina (2018-2023). 2023.
17. Revista Cítrica. “Las personas discas no somos ‘pobrecitos’” [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Revista Cítrica; 2025 Jun 30 [citado 2 Mar 2026]. Disponible en: <https://revistacitrica.com/las-personas-diskas-no-somos-pobrecitos>
18. Warlet RAR. Brecha digital, vulnerabilidad y proceso electrónico. Microjuris Argentina al Día. 2023 Abr 25.
19. Pontieri RS. El amparo de salud como herramienta para la tutela urgente de derechos en materia de discapacidad. Microjuris Argentina al Día. 2025 Oct 9.
20. Sentencia (Provisión de sistema de comunicación visual IRISBOND OSKOL). Cámara Federal de Rosario, Sala A. Centro de Información Judicial (CIJ), 17 Jun 2025.
21. Fundación para el Desarrollo Humano Integral (Fundación DHI). Discapacidad en emergencia: Una crisis multidimensional al borde del colapso. 2025 Jul.